



## СОВРЕМЕННЫЕ ПРИНЦИПЫ ДИАГНОСТИКИ ПЕРФОРАТИВНОЙ ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Алыбаев Э.У., Сопуев А.А., Искаков М.Б.

*Кафедра госпитальной хирургии с курсом оперативной хирургии КГМА им И.К.Ахунбаева, Национальный хирургический центр МЗ КР, г. Бишкек, Кыргызстан*

**Резюме.** Своевременная и правильная диагностика перфоративных пилородуоденальных язв является одним из ведущих звеньев в исходе их лечения. Применяемые комплексные методы диагностики, учитывающие особенности клинических проявлений в совокупности с рентгенологическими и эндоскопическими методами обследования в 100,0% позволили избежать диагностических ошибок, а в 77 случаях (6,1%) – избежать ненужных оперативных вмешательств. Инсуффляция воздуха в кратер язвы при фиброгастроуденоскопии с обзорной рентгенографией брюшной полости, а также данные лапароскопии позволяют с большей степенью достоверности правильно установить диагноз.

**Ключевые слова:** Перфоративная пилородуоденальная язва, рентгенологические методы исследования, фиброгастроуденоскопия, лапароскопия, симптом Жобера, проба Хенельта.

## АШКАЗАНДЫН ЖАНА ОН ЭКИ ЭЛИ ИЧЕГИДЕГИ ЖАРААТТЫН ЖАРЫЛЫШЫН ДИАГНОСТИКАЛЫК АНЫКТООНУН ЗАМАНБАП НЕГИЗДЕРИ

Алыбаев Э.У., Сопуев А.А., Искаков М.Б.

*И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз Мамлекеттик Медициналык Академиясынын Госпиталдык Хирургия Кафедрасы, Кыргыз Республикасынын Саламаттык Сактоо Министрлигинин Улуттук Хирургиялык Борбору, Бишкек ш., Кыргызстан*

**Корутунду.** Ашказан жана он эки эли ичегидеги жарааттын жарылышын даарылоодо алдын ала жана туура аныкталган диагноз орчундуу орунду ээлейт. Толук (комплекстик) турдо колдонулган диагноздоодо, бейтаптын клиникалык озгочолугу эске алынып, рентгенологиялык, эндоскопиялык жолдору менен изилдоонун негизинде 100% пайыз туура диагноз коюлуп, 6,1% пайыз керексиз операция жасоо колдонулган жок. Ички органы рентген изилдоо менен бирге фиброгастроуденоскопиянын жардамы менен ашказан жана он эки эли ичегидеги жараатка жел уйлотуу жолу менен катар лапароскопиялык изилдоо туура диагноздоого шарттайт.

**Негизги создор:** Ашказан жана он эки эли ичегидеги жарааттын жарылышы, рентгенологиялык изилдоо, фиброгастроуденоскопия, лапароскопия, Жобер, Хенельт аныктамасы.

## MODERN PRINCIPLES OF DIAGNOSTICS OF PERFORATED STOMACH AND DUODENAL ULCER.

Alybaev E.U., Sopuev A.A., Iskakov M.B.

*Department of Hospital Surgery of Kyrgyz State Medical Academy  
National Surgery Center under the Ministry of Health, Bishkek city, Kyrgyzstan*

**Resume.** Duly and correct diagnostics of perforated piloroduodenal ulcers is one of the leading reasons for the outcome of their treatment. The applied complex methods of diagnostics, taking into account the features of clinical displays in aggregate with radiological and endoscopic methods of inspection, have allowed in 100,0 % of cases to avoid diagnostic errors, and in 77 cases (6,1 %) - to avoid unnecessary operative interventions. Insufflation of air in a crater of a ulcer during fibrogastroduodenoscopy with radiology survey of the belly cavity, as well as laparoscopy data allow to make the diagnosis correctly with a greater degree of reliability.

**Key words:** Perforated piloroduodenal ulcer, radiological methods of diagnostics, fibrogastroduodenalscopy, laparoscopy, Jober symptom, Henelt test.



## СОВРЕМЕННЫЕ ПРИНЦИПЫ ДИАГНОСТИКИ ПЕРФОРАТИВНОЙ ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

При своевременной диагностике перфорации язвенного генеза значительно меньше страдает как общее состояние больного, так и более благоприятно протекает ближайший послеоперационный период. При ранней диагностике также значительно расширяется диапазон хирургических вмешательств, позволяющий выполнить радикальное хирургическое лечение.

Невзирая на то, что клиническая картина перфоративной язвы с хрестоматийной точностью описана во всех учебниках и пособиях по неотложной хирургии, в ряде случаев поставить диагноз перфоративной язвы даже опытному хирургу бывает не всегда просто.

За последние 10 лет (1998-2008 гг.) в НХЦ г. Бишкек под нашим наблюдением находилось 1255 оперированных больных с перфоративной пилородуоденальной язвой. Преобладающее большинство (93,1%) составили мужчины и лишь 6,9% - женщины.

Из оперированных больных в 816 (65,0%) случаев в анамнезе, до поступления установлена язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки. Длительность язвенного анамнеза до одного года выявлена у 275 (33,7%) больных, до 3 лет – 99 (12,1%), от 3 до 5 лет – у 157 (19,2%), более 5 лет – 285 (35,0%). По нашим данным, у больных с длительностью язвенного анамнеза более 3 лет язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки осложнялась перфорацией более чем, у половины больных (54,2%).

У 439 (35,0%) больных перфорация наступила при полном отсутствии анамнестических данных за язвенную болезнь.

Анализируя клинические проявления болезни, мы выявили, что у 1012 (80,6%) больных при поступлении отмечалось напряжение мышц передней брюшной стенки, у 165 (13,2%) больных напряжение мышц живота отмечено в эпигастральной области, в 78 (6,2%) случаев отмечалась болезненность в эпигастральной области при отсутствии мышечного дефанса.

Рассматривая больных без клинического проявления перфорации, мы обнаружили, что в этой группе все больные были пожилого и старческого возраста. В то же время в 41-ти случаях у этих больных во время операции обнаружено закрытие перфоративного отверстия соседними органами. В 11-ти случаях – стенкой желчного пузыря, в 26 – прядью большого сальника.

Клиника заболеваний, данные анамнестических и лабораторных исследований, несомненно, имеют большую ценность в постановке диагноза у больных перфоративной язвой. Однако, основываясь только на данных клинического течения, в виду его многообразия, и на данных лабораторных исследований, даже достаточно опытные хирурги часто испытывают затруднения в постановке диагноза.

Я.Р. Белик и соавт. (1993), В.П. Зинкевич и соавт. (1993) отмечают, что в 27,4% случаев клиника течения перфоративной язвы отличалась выраженной атипичностью, что повлекло за собой отсрочку операции и не могло не повлиять на исход лечения. В этой ситуации особую ценность представляют дополнительные методы диагностики: рентгенологическое обследование брюшной полости, фиброгастродуоденоскопия и в случаях особого затруднения – лапароскопия [1,3,6,10].

По данным литературы при обзорной рентгенографии органов брюшной полости «свободный» газ встре-

чается в 48-75,8% случаев [3,6,10]. На нашем материале «свободный» газ был выявлен у 886 (70,6%) больных, у 369 поступивших (29,4%) симптом Жобера был отрицательным. Для верификации диагноза при сомнительной клинической картине проводили пневмогастрографию – пробу Хенельта. Через зонд, введенный в полость желудка, нагнетали при помощи шприца Жане кислород или воздух в объеме 3-3,5 литра. Нужно отметить, что на первом этапе нашей работы мы вводили до 700 мл воздуха, что рекомендуется многими исследователями [3,10]. Однако при контрольной пневмогастрографии такой объем вводимого воздуха являлся явно недостаточным. На рентгенограммах отмечался лишь несколько увеличенный газовый пузырь желудка. Увеличение объема вводимого воздуха до 3-3,5 литров позволило значительно увеличить информативность проводимой пробы (до 36 %). Отсутствие «свободного» газа после введения достаточно большого количества воздуха или кислорода, мы объясняем следующими факторами: тампонадой кратера язвы и перфоративного отверстия пищевым комком, прикрытием перфоративного отверстия соседним органом, пенетрацией язвы в ближайшие соседние органы, атипичной перфорацией между листками брюшины или перфорацией язвы задней стенки, стенозом выходного отдела желудка. В этих ситуациях особую ценность приобретает гастродуоденоскопия [1,4,5,7].

При эндоскопическом обследовании из 157 больных перфоративное отверстие визуально было выявлено у 138 больных (87,9%), у 19 (12,1%) больных четкой визуальной достоверности перфорации кратера не было: в 8 случаях из-за плотного фиброзного налета в области кратера, в 9 случаях кратер язвы располагался сразу за привратником и был выполнен пищевыми массами, у 2-х больных детально осмотреть кратер не удалось из-за беспокойного поведения больного.

В этих ситуациях нами разработан прием, позволяющий установить наличие перфоративного отверстия в кратере язвы. В кратер язвы, после отмывания его от пищевых масс и фибринозных наложений, производим инсуфляцию воздуха в объеме 300-350 мл с последующей обзорной рентгеноскопией брюшной полости. У всех 19 больных после примененного нами метода на обзорной рентгенограмме определялся положительный симптом Жобера. Таким образом, в 19 случаях при отсутствии визуальных данных за перфорацию язвы при помощи инсуфляции воздуха получена достоверная информация, которая позволила избежать диагностических ошибок в 12,1% случаев.

Лапароскопия занимает особое место в дифференциальной диагностике перфоративных пилородуоденальных язв и выполняется нами в особс трудных диагностических случаях [3,8,9].

У 7-ми больных, доставленных машиной скорой медицинской помощи с диагнозом "острый живот", была произведена лапароскопия, так как ни рентгенологическое обследование, ни фиброгастродуоденоскопия не внесли ясности при обследовании этих больных.

У 4-х больных лапароскопия выявила острый деструктивный холецистит, у двух больных – геморрагический панкреонекроз и в одном случае выявлена перфорация язвы двенадцатиперстной кишки, прикрытая



стенкой желчного пузыря. Примененная в этом случае йодно-крахмальная проба Фраткина помогла в установлении правильного диагноза.

Применяемые комплексные методы диагностики, учитывающие особенности клинических проявлений в совокупности с рентгенологическими и эндоскопиче-

скими методами обследования в 100,0% позволили избежать диагностических ошибок, а в 77 случаях (6,1%) – избежать ненужных оперативных вмешательств. Больные, которым не была показана операция, представлены в таблице 1.

Таблица 1

Распределение больных по установленным диагнозам

№	Диагноз, установленный в стационаре	Количество больных
1.	Острый панкреатит	36
2.	Острый холецистит	24
3.	Обострение язвенной болезни	17
<b>ВСЕГО:</b>		<b>77</b>

Из представленной таблицы видно, что из 77-ми больных, доставленных в стационар с диагнозом - перфоративная язва: у 36-ти больных – диагностирован острый панкреатит; у 24-х больных – острый холецистит и у 17-ти больных – обострение язвенной болезни.

**Выводы.** Таким образом, своевременная и правильная диагностика перфоративных пилородуоденальных язв является одним из ведущих звеньев в исходе лечения, так как у этой категории больных время с момента заболевания и установки диагноза является одним из главных факторов благоприятного исхода.

Для постановки диагноза перфоративной пилородуоденальной язвы необходимо использовать комплексный метод диагностики, включающий в себя анамнез, клиническую картину, рентгенологическое обследование брюшной полости, а также эндоскопические методы исследования.

Инсуффляция воздуха в кратер язвы при фиброгастродуоденоскопии с обзорной рентгенографией брюшной полости, а также данные лапароскопии позволяют с большей степенью достоверности правильно установить диагноз и в ряде случаев избежать ненужных оперативных вмешательств.

**ЛИТЕРАТУРА**

1. Алыбаев Э.У., Ниязов Б.С., Абдуллаев Д.С., Ниязова С.Б. Органосохраняющие операции в хирургии перфоративных язв двенадцатиперстной кишки. // В кн.: Международный конгресс гастроэнтерологов Евразии (сборник научных статей). – Бишкек, 2001. – С.129-135.  
 2. Алыбаев Э.У., Сопуев А.С., Тилеков Э.А., Абдуллаев Д.С. Выбор методов оперативного лечения перфоративных пилородуоденальных язв. // Современные проблемы экстренного и планового хирургического лечения больных язвенной болезнью желудка и двена-

дцатиперстной кишки.: Материалы Всероссийской конференции – Саратов, 2003. – С.30-31.

3. Алыбаев Э.У. Диагностика и хирургическое лечение перфоративных пилородуоденальных язв. (Монография). // Бишкек, 2003. – 216 с.

4. Горбунов В.Н., Сытник А.П. Сравнительные результаты хирургического лечения прободных и кровоточащих пилородуоденальных язв. // Хирургия – 1998. - № 9. – С.14-17.

5. Жерлов Г.К., Истомин Н.П., Кейян СВ. К вопросу о хирургическом лечении язвенной болезни двенадцатиперстной кишки. Материалы всероссийской конференции хирургов "Современные проблемы экстренного и планового хирургического лечения больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки". – Саратов. 2003. - С.181.

6. Зайцев В.Т., Буянов И.М., Павличенко С.А. Клинические, рентгенологические и эндоскопические аспекты дуоденопластики. // Клиническая хирургия. – 1990. - №6. – С.33-34.

7. Курбанов Ф.С., Домрачев С.А., Асадов С.А. и др. Хирургическое лечение язвенной болезни двенадцатиперстной кишки. // «Вестник хирургии» - 2001. - №2 - С.17-21.

8. Курыгин А.А., Перегудов С.И. Хирургическое лечение гастродуоденальных язв, осложненных перфорацией и кровотечением. // «Вестник хирургии». 1997. №5. - С.20-23.

9. Панцырев Ю.М., Михалев А.И., Федоров Е.Д. Хирургическое лечение прободных и кровоточащих гастродуоденальных язв. // Хирургия - 2003. - №3.-С.43-49.

10. Хасанов А.Г., Резбаев А.Н., Сенделович Е.И. Диагностика и результаты хирургического лечения перфоративных язв желудка и двенадцатиперстной кишки. // Клини. хир. - 1991 - №4 – С.15-18.